INTRODUZIONE

Nell'era della digitalizzazione, in cui l'accesso alle informazioni è reso istantaneo da Internet, smartphone e intelligenza artificiale, la preparazione dell'odontoiatra rimane un elemento insostituibile per la gestione consapevole dei pazienti.

Le manifestazioni orali di malattie sistemiche, le controindicazioni legate alle patologie in atto e gli effetti dei farmaci assunti dal paziente sono aspetti che il professionista non può permettersi di trascurare.
Molte condizioni sistemiche coinvolgono un numero significativo di persone e, di conseguenza, un'ampia percentuale di pazienti odontoiatrici, rendendo essenziale un approccio clinico informato e responsabile.

Se da un lato ignorare la patologia sistemica del paziente rappresenta un grave segno di negligenza e scarsa professionalità, dall'altro un'eccessiva cautela, dettata da timori infondati, può portare a decisioni inappropriate o rinunce ingiustificate.
In realtà, nella maggior parte dei casi, un'attenta valutazione e l'adozione di semplici precauzioni consentono di gestire il paziente in sicurezza, senza compromettere le cure odontoiatriche necessarie.

Quest'opera nasce con l'intento di fornire all'odontoiatra e all'igienista dentale informazioni chiare e linee guida pratiche per affrontare con sicurezza e competenza i casi in cui il paziente presenti una patologia sistemica. Solo attraverso una conoscenza approfondita del legame tra odontoiatria e medicina interna è possibile evitare atteggiamenti incerti e decisioni potenzialmente dannose.

L'originalità di questo lavoro risiede nella sua capacità di raccogliere e sistematizzare, in un'unica opera, gli aspetti di rilievo odontoiatrico di ciascuna malattia sistemica, offrendo strategie e protocolli operativi basati sull'evidenza scientifica. Da tempo si avvertiva la necessità di una guida specifica su questo argomento, poiché nei testi di medicina generale risulta spesso difficile, se non impossibile, reperire indicazioni dettagliate sul management odontoiatrico del paziente con patologie sistemiche. Particolare attenzione è stata dedicata alla struttura dell'opera, che facilita la consultazione rapida grazie a una chiara organizzazione tematica. Ogni argomento è trattato in modo da fornire risposte immediate a quesiti di natura clinica, farmacologica o gestionale, supportando il professionista nel prendere decisioni informate e sicure.

Prof. Vittorio Favero
Università di Padova

INDICE

Capitolo 1
Angina e infarto 17

Capitolo 2
Ictus 43

Capitolo 3
Aritmie e dispositivi impiantabili 63

Capitolo 4
Diabete 85

Capitolo 5
Epatite 103

Capitolo 6
Insufficienza renale cronica e trapianto 115

Capitolo 7
BPCO e asma 141

Capitolo 8
Epilessia 165

Capitolo 9
Neoplasie 183

Capitolo 10
Disturbi respiratori del sonno 201

Capitolo 11
Disturbi psichiatrici 217

Capitolo 12
Allergie ai farmaci 231

Capitolo 13
Lesioni orali da farmaci 239

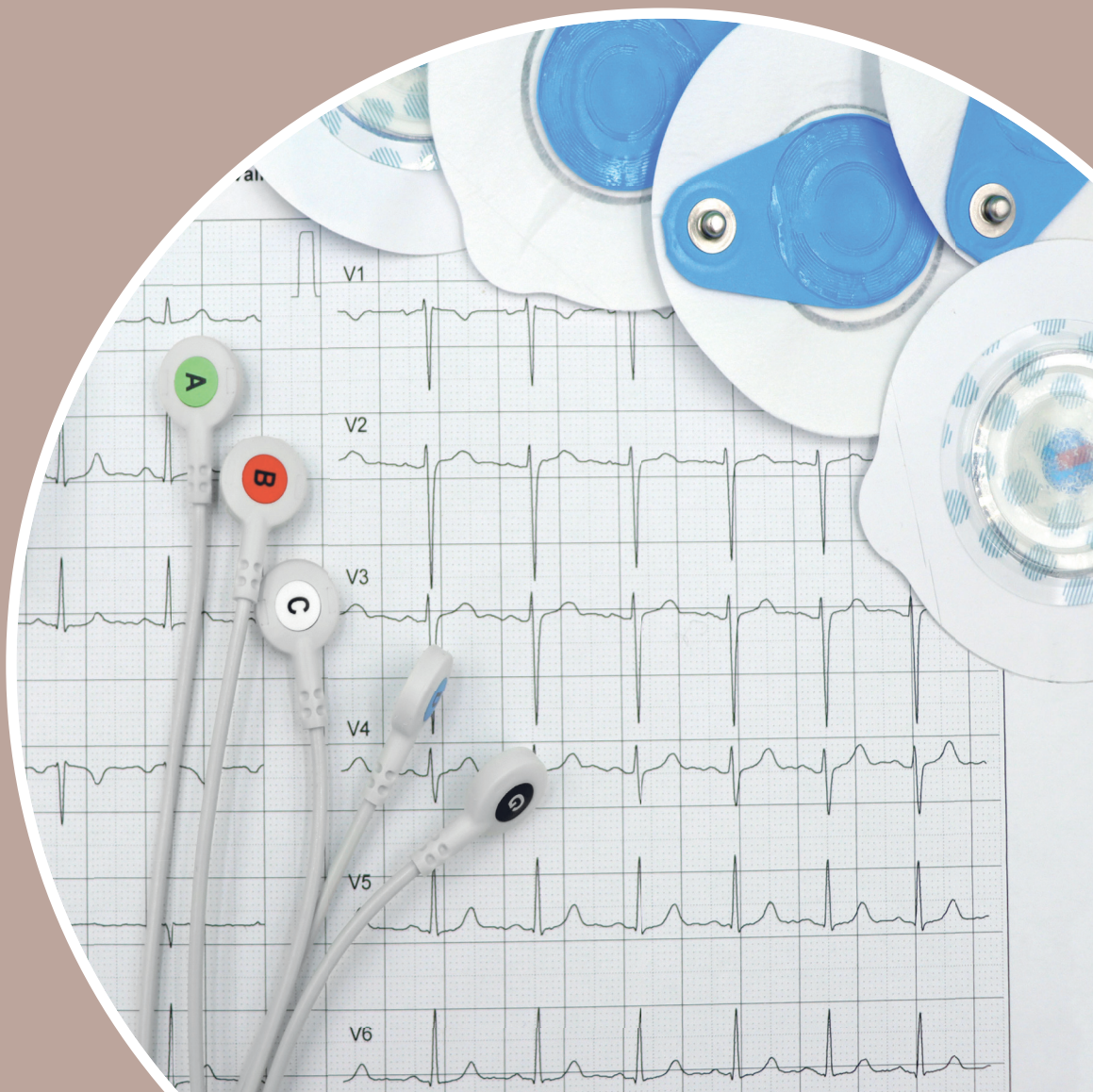
Capitolo 14
Osteonecrosi dei mascellari correlata ai farmaci 249

Capitolo 15
Odontoiatria di genere 257

Capitolo 16
Paziente anziano 271

Capitolo 3

ARITMIE E DISPOSITIVI IMPIANTABILI



PAZIENTE CON PACEMAKER O DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE

L'elettrostimolazione cardiaca è necessaria in tutte le aritmie che determinano un effetto emodinamico negativo. Di fronte a un portatore di pacemaker o di defibrillatore, è necessario prima dell'intervento controllarne il tipo, i motivi e la data di impianto. Alcune di queste informazioni possono essere ottenute esaminando l'apposita tessera che viene rilasciata a ogni paziente subito dopo l'impianto dell'elettrostimolatore.

È importante conoscere il motivo dell'impianto del dispositivo per sapere se è un paziente a rischio di aritmie ventricolare fatali, se è presente un ritmo spontaneo di base, indispensabile in caso di defaillance del segnapassi artificiale, e infine per una migliore valutazione globale del rischio.

Anche l'esame clinico è d'aiuto nel valutare l'efficienza dello stimolatore, poichè segni e sintomi di insufficienza cardiaca possono farne sospettare il malfunzionamento; sarà compito del cardiologo analizzare il dispositivo verificando mediante elettrocardiogramma la conduzione e la frequenza.

Nel caso in cui nell'ambulatorio odontoiatrico siano presenti apparecchiature medicali, le correnti elettriche o elettromagnetiche generate possono interferire in vario modo sul pacemaker o defibrillatore, potendo inibire il generatore, modificare il programma o causarne l'arresto, anche se tale evenienza è piuttosto rara nei dispositivi moderni in quanto maggiormente protetti da stimoli esterni.

Particolare attenzione va rivolta all'utilizzo dell'elettrobisturi, soprattutto se monopolare, perchè in tal caso, il campo di influenza è ampio. Qualora si ritenga opportuno usarlo, è importante attenersi ad alcune norme precauzionali, al fine di ridurre il più possibile le probabilità di interferenza sul funzionamento dell'elettrostimolatore:

- ricorrere all'elettrobisturi solo se strettamente necessario;
- utilizzare possibilmente un modello bipolare;
- utilizzarlo per periodi brevi e con l'intensità minore possibile;
- collocare la terra del bisturi il più lontano possibile dall'elettrostimolatore.

Infine, in alcuni casi in cui l'utilizzo dell'elettrobisturi sia ampio per uno specifico intervento, potrebbe essere opportuno posizionare un magnete dedicato sulla tasca dell'elettrostimolatore, in modo di schermarlo dalle interferenze dell'elettrobisturi. Il magnete potrà essere rimosso dalla tasca alla fine dell'intervento senza che vi siano rischi di modificazione della programmazione dello stesso.

ASPETTI ODONTOSTOMATOLOGICI DELLA TERAPIA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DISTURBI DEL RITMO

I farmaci utilizzati nel trattamento delle aritmie e nelle patologie che frequentemente a essa si associano possono essere responsabili di lesioni a livello orale, alcune di queste di entità trascurabile e poco frequenti, altre più gravi e disturbanti (tabelle 4 e 5).

Bloccanti del canale del sodio (antiaritmici di classe I)

Reazioni avverse a livello orale causate da farmaci appartenenti alla classe I degli antiaritmici includono la sindrome della bocca asciutta, iperplasia gengivale, eruzioni orali, lupus, manifestazioni di disturbi ematologici (trombocitopenia) e sindrome di Stevens-Johnson.

La sindrome della bocca asciutta è il risultato dell'effetto anticolinergico che si verifica a seguito dell'assunzione di chinidina e disopiramide. È stato dimostrato, inoltre, che pazienti sottoposti a terapia a base di chinidina, soprattutto se da molto tempo, possono sviluppare pigmentazioni melanotiche a livello palatale, la cui diagnosi può talora essere di non facile esecuzione. Tali macule sono generalmente isolate, di colore bruno o nero e di diametro non superiore al centimetro. Clinicamente e istologicamente sono sovrapponibili alle efelidi, ma

Capitolo 4

DIABETE

Tabella di sintesi

INTERFERENZE FARMACOLOGICHE NEL PAZIENTE DIABETICO

	Anestetici locali e vasocostrittore	Antibiotici		Analgesici e antinfiammatori		Benzodiazepine
		Macrolidi	Penicilline	Fans	Steroidi	
Antidiabetici orali	🟢	🟠	🟢	🟠	🟠	🟢
Insulina	🟢	🟠	🟢	🟠	🟠	🟢

pressiva secondaria a trapianto di rene aumenta l'incidenza di tumori maligni, soprattutto linfomi, tumori della pelle, della cervice uterina e del labbro.

ASPETTI ODONTOSTOMATOLOGICI DELLA NEFROPATIA E DEL TRAPIANTO DI RENE

L'insufficienza renale cronica rappresenta l'esito di una progressiva e irreversibile condizione patologica che, nei suoi stadi finali, non interessa più solamente il rene, bensì coinvolge l'intero organismo, e quindi anche il cavo orale (tabelle 6 e 7).

PAZIENTE DIALIZZATO

Le manifestazioni a livello stomatologico possono oscillare da un lieve eritema a un grave quadro di stomatite uremica; ciò che le influenza è lo stadio di nefropatia e il tipo di terapia seguita dal paziente.

Ad essere interessate non sono solamente la mucosa alveolare e la gengiva, ma pressoché la totalità delle mucose intraorali, oltre ai tessuti duri a causa dell'equilibrio negativo del metabolismo osseo e dell'osteodistrofia renale e dell'iperparatiroidismo secondario.

Stomatite uremica

La stomatite uremica è oggi piuttosto rara e si riscontra solitamente nei casi di insufficienza renale non diagnosticata o non trattata. Essa si presenta con placche e pseudomembrane grigiastre dolorose, distribuite preferenzialmente sulla mucosa buccale, sul dorso della lingua e sul pavimento del cavo orale. È talora difficile la diagnosi differenziale con le superinfezioni da candida, che si verificano spesso in seguito al trapianto renale a causa dell'immunosoppressione.
Coloro che si sottopongono a trattamento dialitico, difficilmente sviluppano un quadro di stomatite

Tabella 7

MANIFESTAZIONI OROFACCIALI DELL'OSTEODISTROFIA RENALE

- Dente e parodonto
- Osso
- Eruzione ritardata
- Demineralizzazione
- Ipoplasia dello smalto
- Riduzione della trabecolatura
- Perdita della lamina dura
- Riduzione dello spessore della corticale
- Allargamento del legamento parodontale
- Lesioni fibrocistiche radiolucenti
- Severa distruzione parodontale
- Lesioni a cellule giganti
- Mobilità dentale
- Aree osteolitiche
- Calcificazioni pulpari
- Fratture
- Restringimento pulpare
- Anomalie di guarigione dopo estrazioni

effettuato su 13.792 soggetti ha evidenziato che il rischio di broncopneumopatia cronica ostruttiva, dopo aggiustamento per altri fattori di rischio, appariva significativamente più elevato nei soggetti con maggior perdita media di attacco parodontale, superiore cioè ai 2 mm, rispetto a quelli con minor perdita media di attacco. È stata riscontrata una tendenza verso la diminuzione della funzionalità polmonare con l'aumentare della perdita di attacco, ma tale tendenza non si notava quando si considerava il sanguinamento gengivale. Ciò suggerisce un'associazione fra la parodontite e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Gli interventi che migliorano l'igiene orale e tendono a ridurre l'infiammazione orale possono portare a un minor rischio di infezioni polmonari in gruppi di individui suscettibili.

I microrganismi possono contaminare le vie aeree

Tabella 6

CRISI ASMATICA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

La crisi asmatica ha una durata estremamente variabile, da pochi minuti ad alcune ore, ed è generalmente seguita da intervalli liberi, mentre la condizione più grave è il cosiddetto stato di male asmatico in cui il paziente presenta per lunghi periodi, anche giorni, intensi fenomeni broncospatici poco responsivi alle più comuni terapie e può sfociare in una vera e propria insufficienza respiratoria. I segni e i sintomi dell'attacco asmatico hanno abitualmente caratteri di progressività. Se il paziente viene trattato con aerosol terapia a base di beta-2-agonisti l'attacco si risolve in pochi secondi. Altrimenti il paziente accusa senso di gonfiore o di congestione del torace, associato a tosse con o senza produzione di espettorato. L'ansimare del paziente è udibile ad ogni atto respiratorio. Con il passare dei minuti tali sintomi aumentano di intensità. È in questa fase che solitamente il paziente inizia ad agitarsi e si alza dal riunito come per cercare aria. Aumentando il grado di dispnea, la frequenza respiratoria può aumentare da 20 a 40 atti al minuto e compare tachicardia. Con il progredire dell'attacco il paziente diviene cianotico ed entra in uno stato confusionale. L'odontoiatra deve saper gestire un evento di questo tipo, mantenendo la calma e cercando di agire in modo tempestivo.

Le linee guida sono:

- immediata interruzione della procedura odontoiatrica;
- far assumere al paziente la posizione che egli ritiene più confortevole; solitamente è la posizione seduta, con il dorso leggermente inclinato in avanti e i gomiti appoggiati su un piano rigido;
- rimuovere eventuali materiali dal cavo orale;
- cercare di tranquillizzare il paziente sforzandosi di apparire calmi;
- assicurare al paziente la pervietà delle vie aeree;
- se il paziente ha con sè i farmaci antiasmatici, è opportuno somministrarli immediatamente. Gli effetti benefici compaiono in circa 15 secondi. Nel caso il paziente non abbia con sè i farmaci, in attesa dell'arrivo del servizio di emergenza è consigliabile fargli bere del caffe;
- nel caso in cui non vi sia alcuna remissione, somministrare nuovamente broncodilatatori e ossigeno;
- attendere l'arrivo del servizio di emergenza;
- valutare le possibili cause che hanno scatenato l'attacco asmatico.

Capitolo 12

ALLERGIE AI FARMACI

Tabella 7

I PAZIENTI ALLERGICI ALL'ASPIRINA DEVONO EVITARE DI ASSUMERE I SEGUENTI PRINCIPI ATTIVI

- Acemetacina
- Acido acetilsalicilico
- Aminofenazone
- Benorilato
- Bumadizone
- Chetofenilbutazone
- Cinmetacina
- Cinnoxicam
- Clormetazone
- Acido ciclofenamico
- Diacereina
- Diclofenac
- Difenpiramide
- Diflunisal
- Dipirone
- Ditazole
- Fenazone
- Fenbufene
- Fenilbutazone
- Fenilpirazolone
- Fenoprofene
- Fentiazac
- Feprazone
- Acido fuflenamio
- Flunoxaprofene
- Ibuprofene
- Ibuproxan
- Idrossibenzoato
- Imidazolo
- Indometacina
- Indoprofene
- Isopropilfenazone
- Ketoprofene
- Lurbiprofene
- Acido meclofenamico
- Acido mefenamico
- Metamizolo
- Metilaminofenazone
- Naproxene
- Niaprina
- Nicotilaminofenazone
- Nifenazone
- Acido niflumico
- Noramidopirina
- Olmetacina
- Orgoteina
- Ossifenilbutazone
- Oxametacina
- Pirasanone
- Piroprofene
- Piroxicam
- Proglumetacina
- Salicilato di lisina
- Sulfamazone
- Sulfinpirazone
- Sulindac
- Acido tiaprofenico
- Ulfenazone

Capitolo 14

OSTEONECROSI DEI MASCELLARI CORRELATA AI FARMACI

patologia rispetto all'atto chirurgico.
I pazienti osteometabolici generalmente richiedono un atteggiamento meno vincolante rispetto ai pazienti oncologici. Essenziale è la coordinazione tra le figure professionali coinvolte nella cura, con il curante e gli eventuali specialisti da una parte e l'odontoiatra e l'igienista dentale dall'altra.

TEMPISTICHE DI ESECUZIONE

Per inquadrare correttamente dal punto di vista temporale le procedure odontoiatriche in un'ottica di prevenzione primaria, si può distinguere i pazienti tra affetti da patologie oncologiche e affetti da patologie osteometaboliche, e all'interno del singolo gruppo tra pazienti candidati a terapia con farmaci correlati all'osteonecrosi delle ossa mascellari e pazienti con terapia già in atto.

Pazienti candidati a terapia con farmaci osteonecrosi-relati

Tali pazienti vanno sottoposti a un attento inquadramento in merito alla salute orale, con l'obiettivo di intercettare e risolvere con le eventuali infezioni in atto e di intraprendere un programma di mantenimento periodico da proseguirsi. Oltre a questo, durante la visita andranno considerate le condizioni delle cure conservative eseguite e delle riabilitazioni protesiche, con particolare riguardo a quelle mobili che sovente possono essere associate a fenomeni di traumatismo o anche di decubito a livello del cavo orale, soprattutto in sede di mandibola posterolinguale. Tale raccomandazione è particolarmente stringente e sottolineata anche nelle raccomandazioni ministeriali per quanto riguarda i pazienti oncologici, per i quali si raccomanda la risoluzione delle problematiche odontostomatologiche di natura infettiva tassativamente prima dell'inizio della terapia farmacologica. Nel caso si rendessero necessarie delle procedure chirurgiche a tal fine, come delle estrazioni dentarie, è consigliabile differire l'inizio della terapia a 4-6 settimane dalla procedura e comunque non prima della completa guarigione del sotp estrattivo.

Pazienti con anamnesi positiva per assunzione pregressa o in corso

Tali pazienti vanno inseriti in un programma di prevenzione primaria e di igiene dentale periodica con l'obiettivo di abbassare il più possibile il rischio di insorgenza di foci infettivi a livello del cavo orale. Anche in questo caso è opportuno soppesare le condizioni dei restauri conservativi e protesici del paziente con particolare attenzione per le riabilitazioni protesiche di tipo rimovibile. La frequenza delle rivalutazioni periodiche di questi pazienti deve essere semestrale o quadrimestrale. I pazienti affetti da patologie oncologiche, considerato il maggior rischio di insorgenza di patologia osteonecrotica, vanno seguiti pedissequamente con una frequenza assimilabile a quella propria dei pazienti a elevato rischio di malattia parodontale.

SOSPENSIONE DEI FARMACI

Per quanto riguarda i bisfosfonati, viene consigliata una sospensione cautelativa del farmaco da sette giorni prima della procedura a sei settimane dopo, sebbene non vi siano chiare evidenze scientifiche a riguardo. La sospensione, invece, di farmaci osteonecrosi-relati non bisfosfonati, in considerazione della maggior precisa conoscenza dell'emivita del farmaco, è più precisamente determinata. È perciò opportuno pianificare in accordo con il curante di riferimento la tempistica di esecuzione della procedura odontoiatrica, tenendo conto sia del rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari sia dell'aumento del turnover osseo di rimbalzo che può verificarsi in seguito alla sospesione prolunguata del farmaco antiriassorbitivo.

TIPOLOGIE DI PROCEDURE

Conservativa ed endodonzia

Le procedure non invasive per la sanificazione di elementi dentari affetti da processi cariosi sono assolutamente opportune nell'ottica di prevenire l'insorgenza di osteonecrosi farmaco-relata e perciò sono sempre indicate. A tal fine, il trattamento endodon-

Capitolo 15

ODONTOIATRIA DI GENERE

FARMACI E ALTERAZIONI FETALI

I farmaci possono avere effetti dannosi sul feto in qualsiasi periodo della gravidanza. È importante tenere sempre presente questo aspetto prima di effettuare la prescrizione in una donna in età fertile.
Nel corso del primo trimestre i farmaci possono causare malformazioni congenite (teratogenesi); il periodo di maggior rischio va dalla terza all'undicesima settimana di gravidanza.
Nel corso del secondo e del terzo trimestre i farmaci possono alterare la crescita e lo sviluppo funzionale del feto o avere effetti tossici sui tessuti fetali; i farmaci somministrati nel periodo immediatamente precedente al parto o durante il travaglio possono avere effetti indesiderati sul parto stesso o sul neonato immediatamente dopo la nascita.
In gravidanza i farmaci dovrebbero essere prescritti solo se i benefici attesi per la madre sono maggiori del rischio a cui si espone il feto. Se possibile, nessun farmaco dovrebbe essere somministrato nel primo trimestre.
I farmaci che sono stati estensivamente utilizzati in gravidanza, e che perciò appaiono generalmente sicuri, andrebbero preferiti ai farmaci nuovi o non valutati, ed è norma generale somministrare la minima dose efficace.
Pochi farmaci si sono dimostrati teratogeni nell'uomo, ma nessun farmaco può essere considerato veramente sicuro nelle prime fasi della gravidanza.

RADIAZIONI IN GRAVIDANZA

È indiscutibile che le radiazioni ionizzanti in quanto tali siano nocive e che nessun individuo andrebbe irradiato senza una reale necessità, tanto più se in età riproduttiva; tuttavia, questa prudenza, spesso ignorata anche di fronte a soggetti giovani, si trasforma, quando si parla di gravidanza, in una sorta di radiofobia.
Nell'elenco dei teratogeni umani del 1998, secondo la Food and drug administration, sotto la voce "radiazioni" è riportato semplicemente radioterapia; non c'è indicazione di altre terapie e soprattutto non c'è alcuna menzione di radiodiagnostica. Probabilmente si ritiene che alle dosi assorbite in radiodiagnostica il rischio teratogeno sia trascurabile o quanto meno si possa correre ove necessario.
Non tutti i tessuti sono ugualmente sensibili alle radiazioni. La radiosensibilità è maggiore nei tessuti a più alto tenore mitotico, quelli cioè caratterizzati da una più efficace attività proliferativa, che a sua volta è inversamente proporzionale al grado di differenziazione cellulare. Quindi, un tessuto più immaturo e meno differenziato è più radiosensibile.
Sarà possibile individuare nel corso della vita fetale, dalla fecondazione fino alla nascita, un periodo, per la verità non particolarmente lungo (circa un mese e mezzo), che coincide con la fase dell'organogenesi, in cui l'embrione, che si va formando, è particolarmente suscettibile alle radiazioni ionizzanti.
Si possono individuare schematicamente tre stadi dello sviluppo embrionale:

- impianto dell'uovo (9–14 giorni);
- organogenesi (15–50 giorni);
- fase fetale (50–280 giorni).

In ciascuna fase le radiazioni possono, se assorbite dall'embrione in dosi elevate, produrre effetti specifici che vanno dalla morte dell'uovo segmentato (con conseguente espulsione prima dell'annidamento) alle malformazioni vere e proprie, a vari effetti che possono essere riassunti in un ritardo o in un deficit dello sviluppo psicofisico, all'induzione di neoplasie maligne. In ogni caso, man mano che lo sviluppo fetale si avvia a compimento, si riduce di pari passo la sensibilità del feto alle radiazioni.
Gli effetti delle radiazioni sono stati osservati in studi su sopravvissuti [1] all'esplosione della bomba atomica a Hiroshima, oppure su bambini irradiati in utero a dosi considerevoli, a causa di una radioterapia incautamente eseguita sulla madre durante la gravidanza.
In ambito odontoiatrico la perizia del professionista e gli obblighi di legge che è tenuto a rispettare, devono garantire che i rischi vengano minimizzati, proteggendo sia la paziente, sia se medesimo. In